

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

1169

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

François FAVENNEC

Ex-Interne Provisoire des Hôpitaux de Rennes

Ex-Interne des Hôpitaux du Havre

Né le 1^{er} avril 1914 à Lothey (Finistère)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES PLEURÉSIES PURIFORMES
ET PURULENTES TUBERCULEUSES

Président : M. TROISIER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

François FAVENNEC

Ex-Interne Provisoire des Hôpitaux de Rennes

Ex-Interne des Hôpitaux du Havre

Né le 1^{er} avril 1914 à Lothey (Finistère)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES PLEURÉSIES PURIFORMES
ET PURULENTES TUBERCULEUSES

Président : M. TROISIER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	TROISIER..
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) .	Pathologie médicale.
BERNARD Étienne	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.) ..	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD.....	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON.....	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD.....	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET.	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.

MM.

LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE (Guy) .	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI .	Neurologie et Psychiâtrie
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÈNÈQUE.....	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER..	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS...	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER.....	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
SCHWARTZ.....	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY - RADOT			
SÉZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Dont la vie fut un exemple de
travail et de bonté.*

A MA FEMME

*Son courage me fut le plus
précieux soutien.*

A MES FRÈRES

A TOUS LES MIENS, A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN TROISIER

Professeur de clinique de la tuberculose
Médecin de l'Hôpital Laënnec
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse. Hommage de ma respec-
tueuse gratitude.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DAMANY

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUDINIÈRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAMARCHE

MONSIEUR LE DOCTEUR GUIHENNEC

MONSIEUR LE DOCTEUR SAMBRON

De l'École de Médecine de Rennes

MONSIEUR LE DOCTEUR TESTARD

Médecin de l'Hôpital du Havre



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Parmi les complications du pneumothorax artificiel, y figure au premier plan les pleurésies purulentes.

En effet, par leur fréquence et leur gravité, elles se classent de tout premier plan, atteignant d'après certains auteurs jusqu'à 27 % des cas et le pourcentage de gravité étant chiffré par une mortalité qui serait susceptible de 50 % des cas d'empyème.

Nous nous proposons dans les pages qui vont suivre de résumer les conceptions actuelles sur ce sujet encore très controversées, puis d'entreprendre à la lumière des idées actuellement régnantes une tentative de classification clinique, afin de pouvoir envisager une classification des thérapeutiques.

Nous rappellerons quelles sont les thérapeutiques actuellement les plus utilisées et nous nous efforcerons d'en tirer des conclusions ayant dans la mesure du possible le maximum de valeur thérapeutique.

HISTORIQUE

Pour se faire une idée de la fréquence, nous donnerons quelques statistiques. Sur 265 pneumothorax, DUMAREST a eu à déplorer 42 pyothorax. Sur 700 pneumothorax, par PETERS, il se produisit des épanchements purulents dans 27 % des cas (dont 20 % de pyothorax tuberculeux, puis 7 % de pyothorax à germes associés).

MATSON, sur 481 pneumothorax, en rencontra dans 12 %, HAYES en aurait eu dans 24 % de sa statistique. Par contre, FRANK Y LEAVER et Robert M. HARDAWAY n'ont observé que 35 empyèmes pour 750 pneumothorax.

L'amélioration des techniques du pneumothorax, par la pratique des sections de brides et l'abandon plus fréquent des pneumothorax incomplets au profit de la thoracoplastie, ont fait décroître cette fréquence.

La gravité de ces épanchements est très importante. I. ALEXANDER, sur 779 cas d'empyème, a enregistré seulement 25,5 % de guérison et 21,5 % d'amélio-

ration. Cette statistique n'envisage pas l'évolution de la tuberculose sous-jacente.

Les traitements médicaux ont prévalu pendant longtemps ; l'ère chirurgicale est apparue avec la thoracoplastie. Les résultats se sont améliorés ; par la conjugaison des traitements médicaux et chirurgicaux.

Rappelons que les mesures prophylactiques pourraient souvent permettre d'éviter les pleurésies purulentes.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME PATHOGÉNIQUE

D'après BERNOU (Châteaubriant), FRUCHAUD (Angers), la cause la plus fréquente des épanchements puriformes et purulents du pneumothorax artificiel, c'est la perforation pulmonaire ; elle peut être traumatique ou due à une évolution tuberculeuse.

I. *Perforations traumatiques.* — Elles peuvent être dues à la rupture spontanée d'adhérences pleurales. Ces ruptures se produisent souvent au niveau des foyers caséux, à la suite d'une insufflation trop poussée, ou bien au cours d'une poussée liquidienne abondante négligée.

Dans cette catégorie, nous rangerons aussi les perforations qui surviennent après les sections de brides. Elles peuvent se produire au niveau d'un foyer caséux qui a été ouvert au cours de l'opération. Quand elles surviennent plus tardivement, elles sont dues à la chute d'une escharre.

Les piqûres de parenchyme qui se produisent au cours d'une insufflation, donnent rarement des épanchements purulents.

II. *Perforations spontanées.* — Ce sont de beaucoup les plus fréquentes. Pour ROLLAND, elles seraient dues à l'ulcération d'un tubercule pleural intéressant la corticalité pulmonaire, réalisant ainsi la perforation pleuro-pulmonaire. Ces perforations peuvent être multiples (sur un malade du service de P. E. WEILL, il a été constaté l'existence de 9 perforations).

Plusieurs types peuvent se rencontrer ; il s'agit de malades ayant conservé :

Soit de simples foyers denses superficiels avec expectoration bacillifère permanente ou intermittente ;

Soit des lésions cavitaires maintenues par des brides adhérentielles. Ces lésions bien tolérées constituent pour le malade un risque de bilatéralisation ou de perforation ; aussi cherche-t-on à compléter le pneumothorax. Ces perforations peuvent se rencontrer par suite de distension cavitaire à la suite de tiraillement adhérentiel de coudure bronchique après section de brides.

III. *Infections exogènes.* — Des épanchements purulents septiques d'emblée ou secondairement peuvent être provoqués par des infections exogènes. Dans certains cas, on pourra trouver à l'origine une faute d'asepsie, soit dans la création ou l'entretien du pneumothorax, soit au cours d'une ponction pleurale. Cette étiologie est fréquente quand il s'agira du staphylocoque.

Plus souvent, cette infection est due à la localisation pleurale d'une infection générale, érysipèle,

grippe, pneumonie, infection à anaérobies, provenant d'un abcès ano-rectal (ROLLAND). DUMAREST a constaté la transformation d'un épanchement séro-fibrineux en épanchement purulent dû au streptocoque à la suite de l'avulsion d'une racine dentaire infectée.

Ces infections exogènes sont rares. Comme il existe le plus souvent une association de germes, on devra rechercher la cause dans un ensemencement pleural par les germes bronchiques ou intra-cavitaires.

CLASSIFICATION DES ÉPANCHEMENTS PURIFORMES ET PURULENTS DU PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

Pour envisager la thérapeutique, nous devons d'abord essayer de classer les différents types cliniques. Pour cela, nous adopterons les grandes lignes des classifications de DUMAREST et surtout celle de BERNOU et FRUCHAUD.

Au cours de leur évolution, les épanchements peuvent revêtir différentes formes cliniques.

I. — PLEURÉSIES PURULENTES SIMPLES :

a) *Epanchements troubles puriformes* : bien tolérés ne causant aucune gêne marquée. On surveillera le liquide et le poumon sous-jacent.

b) *Abcès froid pleural* : l'épanchement ne s'accompagne pas de phénomènes généraux et a dans l'ensemble un caractère bénin, mais l'épaississement du liquide qui devient franchement purulent nécessitera quelques ponctions auxquelles seront associés des

lavages pour limiter l'accumulation de dépôt fibrino-caséux sur les parois des culs-de-sac.

II. — ÉPANCHEMENTS TUBERCULEUX INFECTANTS :

Le malade présente des signes d'intoxication. La température est élevée, l'amaigrissement est progressif, il se fatigue au moindre effort, il a peu d'appétit. Ces épanchements tuberculeux peuvent être infectants d'emblée, ou bien les symptômes apparaissent chez un malade porteur jusque-là d'un épanchement bien toléré.

Ces cas guérissent souvent par des traitements médicaux, mais si l'amélioration tarde, on devra recourir aux méthodes chirurgicales (pleurotomie, thoracoplastie).

Nous distinguerons, au point de vue bactériologique :

- a) épanchements tuberculeux, puis
- b) épanchements avec germes associés.

III. — ÉPANCHEMENTS MALINS :

Les signes cliniques revêtent une allure plus grave ; le malade est profondément intoxiqué. La température est aux environs de 40°. La dyspnée est très accusée. Le facies est plombé ; l'amaigrissement est rapide par suite de la diarrhée profuse et de l'albuminurie. Chez ces malades, on rencontrera souvent

des vomiques répétées dues aux perforations pleuro-pulmonaires. Un traitement urgent est nécessaire. En cas d'insuccès des lavages pleuraux, la pleurotomie et l'aspiration continue s'imposent d'urgence. Elles seront suivies d'une thoracoplastie précoce destinée à diminuer la surface de résorption septique en même temps qu'elle s'adressera aux lésions pulmonaires causales.

a) *Epanchements malins nécessitant une thérapeutique d'urgence.*

1^o Perforation vraisemblable non évidente.

2^o Perforation évidente, les perforations sont très fréquentes ; elles peuvent être étroites ou larges, ou plutôt permanentes, intermittentes ou transitoires. Les examens cliniques et radiologiques les décèlent et même les localisent parfois.

Une perforation sera souvent associée à des lésions ulcéreuses du moignon. Les foyers caséux cortico-pleuraux siègent fréquemment au niveau d'insertion pulmonaire des adhérences.

On n'obtiendra jamais de guérison, sans la fermeture de la perforation. L'orientation de la thérapeutique se fera alors vers le collapsus efficace du moignon, seul il apportera une guérison durable, parfois une section de bride suffira. Plus souvent, c'est à la thoracoplastie partielle ou totale qu'il faudra recourir.

3^o *Epanchements avec infection pariétale.* — Dans certains cas, les pyothorax avec infection pariétale n'affectent pas toute la symptomatologie du pyotho-

rax malin : fistules pleuro-cutanée, costo-pleurale. Ces cas peuvent guérir facilement.

De tels cas ne deviennent malins que si l'infection s'étend à la paroi, pouvant même par fusées envahir les espaces intercostaux. Autrefois la thoracoplastie donnait beaucoup d'échecs ; cette gravité semble réduite d'après BERNOU et FRUCHAUD, par l'association à la thérapeutique chirurgicale de l'aspiration forcée.

b) *Épanchements malins pratiquement incurables :*

1^o Contemporains d'une généralisation terminale tuberculeuse.

2^o Pleurésies pneumolysantes de DERSCHIED et TOUSSAINT ; pleurite caséuse insulaire ou massive avec libération secondaire du poumon.

3^o Épanchements compliqués de foyers caséux juxta-pleuraux, fistules œsophagiennes pleurales, pleuro-péritonéales.

IV. — ÉPANCHEMENTS MICROBIENS NON TUBERCULEUX AU COURS DU PNEUMOTHORAX THÉRAPEUTIQUE.

Ils se produisent à la suite d'une infection générale ou accidentelle ; ils seront traités le plus tôt possible par les lavages pleuraux. En cas d'échec, pleurotomie, puis aspiration forcée ou thoracoplastie.

TRAITEMENT DES PLEURÉSIES PURULENTES TUBERCULEUSES

1^o PONCTION : a) *Technique* : On la pratique avec une aiguille assez fine, pour réduire au minimum les risques d'inoculation de la paroi. Le petit trocart de Kuss convient d'autant mieux qu'il permet, grâce à son double embout, de faire passer du gaz dans la plèvre, et d'y rétablir au cours et en fin de ponction une pression favorable. Après la ponction quelques auteurs injectent un liquide modificateur (lipiodol, solution iodo-iodurée, crisalbine 5 à 20 centigrammes).

b) *Indications* : La ponction est indiquée dans les abcès froids pleuraux quand l'épanchement gêne par son abondance, et elle mérite d'être essayée dans les cas les plus sévères, quand un traitement plus énergique ne s'impose pas d'urgence. On la renouvellera quand nécessaire, sans abus, en laissant autant que possible passer la phase active de production de l'épanchement en se basant sur les indications cliniques et radiographiques. La guérison peut survenir par symphyse progressive.

2^o LAVAGE DE PLÈVRE : a) *Technique* : Il s'effectue simplement à l'aide d'un trocart à trois tubulures, une médiane pour le mandrin, et deux latérales, l'une pour le liquide laveur, l'autre conduisant à l'aspirateur de Potain.

Il faut faire communiquer par une aiguille la partie aérienne de la poche pleurale, avec un appareil à pneumothorax, pour rétablir toujours la pression à un niveau moyen favorable. On utilise habituellement la solution iodo-iodurée faible. D'autres solutions peuvent convenir, le dakin dilué neutre, le permanganate de potassium, le sérum physiologique, etc. ; il peut y avoir intérêt d'un lavage à l'autre à changer de solution. L'association d'un produit modificateur laissé dans la plèvre a été préconisé.

b) *Indications* : Le lavage est indiqué dans les abcès froids intarissables avec menace d'évolution pariétale, dans les pyothorax malins, les surinfections d'emblée ou secondaires.

Pour la conduite du traitement, se baser sur les résultats cliniques (fièvre et état général) et radiologique (reproduction de l'épanchement) en évitant deux excès : intervention intempestive irritante ou modération excessive.

Après une exécution soigneuse et prudente, les accidents ne sont guère à redouter. Les résultats sont souvent favorables, mais s'ils sont inconstants et en cas d'échec ne pas aller au delà de 6 à 8 lavages.

3° *Oléothorax* : C'est une méthode dangereuse à laquelle les auteurs ne conseillent pas de recourir.

4° *Pleurotomie* : C'est une indication de nécessité et non de choix, dans les épanchements tuberculeux, lorsqu'il y a surinfection au-dessus des ressources médicales (surinfection très virulente, putride ou entretenue par une perforation), alors qu'il n'est pas l'heure d'une plastie. Faire en règle une pleurotomie à « minima », en déterminant bien le lieu à l'avance sur les données radiologiques. Veiller aux soins post-opératoires, à la perméabilité de drainage ; suivre l'évolution radiologique. Il faut savoir que les résultats sont souvent décevants.

5° *Thoracoplastie* : Quand la suppuration pleurale rendue inévolutive par les moyens précédents ne se tarit pas, on peut être contraint d'avoir recours à la thoracoplastie extra-pleurale, dont l'étendue sera proportionnée à celle de la cavité à effacer, elle sera faite, en un ou plusieurs temps, à l'anesthésie locale ou générale, par voie extra-pulmonaire.

Les résultats de l'intervention sont dépendants d'indications bien posées quant à l'étendue et à l'heure variable, avec chaque cas. Éviter de trop temporiser et se souvenir que le pronostic est meilleur si la plèvre est seule malade, si en tous cas l'unilatéralité des lésions pleuro-pulmonaires est stricte.

6° *Aspiration forcée avec fortes dépressions intra-pleurales* : Cette méthode cherche la réexpansion du poumon, afin de combler la cavité pleurale. Cette méthode, à laquelle BERNOU et FRUCHAUD ont ap-

porté des précisions, permet d'obtenir des dépressions progressives jusqu'à — 50 à — 60 centimètres de mercure, ce qui équivaut à 680 à 816 centimètres d'eau au-dessous de la pression atmosphérique.

L'aspiration continue sera réalisée après qu'une pleurotomie à minima aura permis d'installer un dispositif sonde opercule, en connexion avec un bocal où sera maintenue une forte dépression.

S'il s'agit d'un épanchement infectant ou malin, on aura avantage à associer à l'aspiration des lavages de plèvre (2 à 3 par jour au début du traitement).

Si l'aspiration est faite sur un pyothorax fermé, c'est-à-dire sans perforation pleuro-pulmonaire, s'il n'y a pas de lésions tuberculeuses sous-jacentes, on pourra obtenir la récupération de la fonction du poumon ; c'est dans ce cas que l'aspiration forcée continue donne les meilleurs résultats.

S'il existe une perforation pleuro-pulmonaire, elle est assez souvent inopérante ; parfois cependant on obtient des guérisons grâce à l'obturation spontanée de la fistule.

Mais, le plus souvent, la persistance des perforations empêche la guérison du pyothorax et laisse un trajet pleural fistuleux qui tend à la chronicité.

La fermeture de ce trajet ne pourra être obtenue que si l'on arrive à fermer la perforation par une pleurectomie à minima, mais il faut s'assurer d'avoir obtenu une symphyse solide des deux feuillets pleuraux.

Si la cavité pleurale a été fortement réduite par

aspiration, on pourra chercher à fermer la perforation par des cautérisations au crayon d'argent. Si la perforation pleuro-pulmonaire est large et n'a pas permis la réexpansion du poumon, une thoracoplastie sera faite de haut en bas jusqu'à ce que les lésions du moignon pulmonaire soient collabées et la perforation masquée. On pourra à ce moment reprendre de nouveau l'aspiration continue sur la base du poumon.

L'association de l'aspiration continue à la thoracoplastie rend de grands services.

DE L'UTILISATION DES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE TRAITEMENT SUIVANT LES TYPES ANATOMO- CLINIQUES DES PLEURÉSIES PURULENTES

Nous essaierons, dans ce chapitre, de montrer quels sont parmi les traitements que nous avons indiqués aux chapitres précédents, ceux qui conviennent le mieux aux types anatomo-cliniques des pyothorax.

A. — *Traitement des pleurésies purulentes simples*

Si l'on a affaire à un épanchement trouble, le traitement ne doit pas être différent de celui d'un épanchement séro-fibrineux. S'il est bien toléré, les ponctions ne sont pas nécessaires. Elles seront utiles pour faciliter la surveillance du moignon pulmonaire. Ces épanchements peuvent se résorber spontanément.

S'il devient puriforme et franchement purulent, tout en restant bien toléré, on pratiquera des lavages de plèvre et souvent ce traitement suffira. Quand le liquide se reforme rapidement, on aura recours à l'oléothonax ; on emploiera pour cela l'huile d'olive.

Bien souvent, la persistance de la suppuration sera la conséquence d'une perforation pleuro-pulmonaire d'un foyer caséeux cortico-pleural, qu'il faudra traiter le plus tôt possible par une section de bride ou une thoracoplastie. BERNOU et FRUCHAUD condamnent dans ces cas l'injection de substances médicamenteuses, afin d'éviter les réactions inflammatoires de la plèvre.

En résumé, les pleurésies purulentes simples seront traitées par des ponctions associées ou non aux lavages de plèvre, rarement oléothorax, de même que la thoracoplastie qui n'aura du reste qu'une indication pulmonaire.

La guérison sera obtenue s'il ne survient pas une infection exogène ou de surinfection pleurale secondaire à une lésion évolutive du moignon.

B. — *Traitements des épanchements tuberculeux infectants*

Il faut d'abord entreprendre un traitement pour désinfecter la plèvre. Avec SERGENT et TURPIN, les ponctions avec insufflations d'air peuvent donner de brillants succès. Mais on doit tout mettre en œuvre pour favoriser une désintoxication rapide du malade.

BERNOU et FRUCHAUD conseillent de recourir aux ponctions suivies de lavages de plèvre. Ce traitement peut améliorer les malades en peu de temps. Les lavages doivent être fréquents, une ou plusieurs fois

par jour et ainsi parfois, après plusieurs mois d'efforts, on verra la disparition du liquide et des phénomènes infectieux, l'état général s'améliorant. La persistance de ce traitement sera réglée par la tolérance du malade et l'absence d'évolution dans le moignon pulmonaire.

Dans ce cas, l'oléothorax ne donne pas de résultats meilleurs. Si le pus se reforme sans cesse, que les phénomènes infectieux ne s'atténuent pas, on devra chercher à améliorer le collapsus, soit par une section de bride, mais le plus souvent, on aura recours à la thoracoplastie.

Celle-ci pourra être obtenue sans pleurotomie s'il n'y a pas de perforation pleuro-pulmonaire et que l'infection de la plèvre ne soit pas trop virulente ; dans ce cas, on assistera à l'arrêt de la suppuration.

Par contre, si l'état général est altéré et que le pus se reproduit, c'est malheureusement très fréquent, on aura avantage à faire une pleurotomie « à minima » sans résection costale, au point le plus bas, au niveau de la ligne axillaire. On pratiquera des lavages de plèvre avec une solution de Dakin, ou de Lugol, ou du violet de gentiane. En général, quelque temps après la pleurotomie, on pourra les interrompre, surtout si une thoracoplastie vient collaber les lésions du poumon qui contribuaient à entretenir la suppuration.

S'il persiste une fistule pleuro-pariétale, on pourra la traiter par une pleurectomie intéressant toute la surface pleurale non symphysée.

Si le pyothorax est survenu dans un pneumothorax ancien, sous lequel on n'aperçoit aucune lésion évidente du poumon, on pourra tenter l'aspiration avant toute thoracoplastie. On pourra arriver à combler par réexpansion la cavité pleurale, puis une thoracoplastie pourra être tentée pour le traitement de la caverne sur plèvre fermée.

C. — *Traitement des pyothorax malins*

1^o *Traitement des épanchements malins avec ou sans perforation évidente nécessitant une thérapeutique d'urgence.*

Dans ces cas, on ne doit pas trop attendre des seuls traitements médicaux. Un des caractères de l'épanchement malin, c'est la tendance à l'aggravation continue et rapide, en raison de la persistance de la cause qui a été à l'origine de l'infection de la plèvre. Fréquemment, il se surajoute des vomiques.

On devra recourir d'urgence à la pleurotomie, on continuera les lavages pleuraux, afin de réduire l'intoxication, on pourra améliorer le drainage par l'aspiration.

Si l'état du malade ne s'améliore pas, on devra recourir à la thoracoplastie pour collaber les ulcérations du poumon sous-jacent et masquer les perforations pleuro-pulmonaires.

En aucun cas, on ne devra différer l'intervention en raison de l'intoxication croissante du malade, car

CONCLUSIONS

Quelle que soit la forme de pyothorax tuberculeux à traiter et la thérapeutique employée, il ne faut jamais oublier que la cause profonde de la maladie réside dans le poumon sous-jacent. Son état actuel et son avenir doivent rester une préoccupation constante et souvent dicter la conduite vis-à-vis de la pleurésie.

Chacun des traitements des pleurésies purulentes tuberculeuses a ses indications. Souvent l'évolution même de l'épanchement les fera employer successivement. Ce qui importe, c'est de ne pas s'attarder à un traitement inefficace. Ce traitement doit autant que possible être médical (ponctions, lavages), mais il faut savoir ne pas retarder le concours réclamé à la chirurgie.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU

Vu : *Le Président de Thèse,*
J. TROISIER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER. — The collapse therapy of pulmonary tuberculosis.
Londres, 1937.
- BERNOU, FRUCHAUD. — Les pleurésies puriformes et purulentes.
Congrès de Lille, avril 1939.
- BERNOU, CANONE et MARÉCAUX. — Soc. d'études scientifiques
sur la tuberculose, 1938.
- BERNOU, FRUCHAUD et d'Hour (H.). — Le traitement médico-
chirurgical des pleurésies purulentes tuberculeuses.
- BERNOU, CANONE et MARÉCAUX. — Aspiration et pyothorax,
1938.
- DUMAREST, GUILLEMINET, ROUGY. — Pleurésies purulentes tuber-
culeuses, traitement médico-chirurgical, 1930.
- ROLLAND. — Nouveau traité de pathologie interne, 1938.

Imprimé par R. BUSSIÈRE
à Saint-Amand (Cher), France. — 18-10-1939.

